|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※受領証のコピーを貼付 | 受験番号 | ※（記入不要） |
| のりしろ | | |
| （注）・ご依頼人氏名の前に「特定」を入れて下さい。  　　　　 ・銀行窓口で手続きをした場合は、取扱銀行収入印があるか確認して下さい。  　　　 ・ATMで手続きをした場合は、ご利用明細を貼付してください | | |

（様式10）

**2026年度**

**岩手医科大学附属病院　高度看護研修センター**

**特定行為教育課程　受験票**

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※（記入不要） |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 【試験会場】  岩手医科大学  矢巾キャンパス  【試験時間と内容】  9：00～小論文  10：15～面接  〒028-3695  岩手県紫波郡矢巾町  医大通1-1-1 | 【写真貼付】  （たて4.0㎝×よこ3.0㎝）  3か月以内に撮影  写真裏面に記名 |

※この受験票は受験当日必ずご持参ください。

（様式11）

**2026年度　特定行為教育課程　検定料納付票**